



Editorial

La extraña situación del trasplante de páncreas en España

The odd situation of pancreas transplantation in Spain

Luís Muñoz-Bellvís ^{a,b,c,*}

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^b Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red Cáncer (CIBERONC), Madrid, España

Este año se cumplen 35 años del primer trasplante de páncreas realizado en España bajo el liderazgo de los profesores Laureano Fernández Cruz y Salvador Gil Vernet en el Hospital Clinic de Barcelona¹. Desde entonces, se han llevado a cabo más de 1.700 procedimientos en nuestro país, fundamentalmente trasplantes simultáneos de páncreas-riñón (SPK).

El trasplante de páncreas ha alcanzado su madurez con retraso, en comparación con el trasplante de otros órganos sólidos, pero los enormes avances de los últimos años en la técnica quirúrgica y el manejo de estos pacientes han derivado en unos excelentes resultados. A día de hoy, la supervivencia del paciente se encuentra por encima del 90% a los 5 años, la disminución de las complicaciones quirúrgicas se refleja en tan solo un 6% de pérdidas del injerto pancreático en los primeros 90 días postrasplante², y las supervivencias del injerto pancreático son superiores al 85 y 74% a 1 y 5 años, respectivamente³. Bien es cierto, no obstante, que la valoración de la función del injerto es un aspecto aún no evaluado de manera homogénea entre las series.

Así mismo, los resultados a largo plazo evidencian que el trasplante SPK es superior al trasplante de riñón aislado, especialmente si se compara con pacientes menores de 50 años y en trasplantes de riñón con donante cadavérico⁴. Las dudas aparecen al comparar en diabéticos tipo 1 con insuficiencia renal terminal, el trasplante SPK con el trasplante aislado de riñón procedente de donante vivo, en este caso no

solo aparecen mejoras con relación a la calidad de vida⁵, sino en la supervivencia del paciente cuando se toman referencias a 20 años⁶ y en términos de control de la enfermedad cardiovascular⁷.

Estos datos nos reafirman en el criterio de que todo paciente con diabetes mellitus tipo 1 e insuficiencia renal terminal, en diálisis o pre-diálisis, que cumpla los requisitos oportunos, debe ser candidato a trasplante SPK. De forma paralela, en los últimos datos disponibles del registro americano se pone en evidencia un aumento de la práctica de trasplantes de páncreas en la modalidad SPK, con cifras que no se repetían desde 2013⁸.

Con estas evidencias, resulta paradójica la situación del trasplante de páncreas en nuestro país, con una actividad en descenso, podemos argumentar que está disminuyendo en todo el mundo, pero en nuestro caso la tasa de trasplantes por millón de población (PMP) es significativamente inferior a la de diversos países de Europa, Australia, Canadá o EE. UU., pese al liderazgo mundial de España en donación y en el trasplante del resto de órganos sólidos (fig. 1).

Uno de los motivos para esta situación podría ser la infrautilización de los injertos pancreáticos disponibles, así, el 40% de los páncreas ofertados para trasplante no son aceptados y el 50% de los extraídos se rechazan, fundamentalmente por el aspecto macroscópico del órgano.

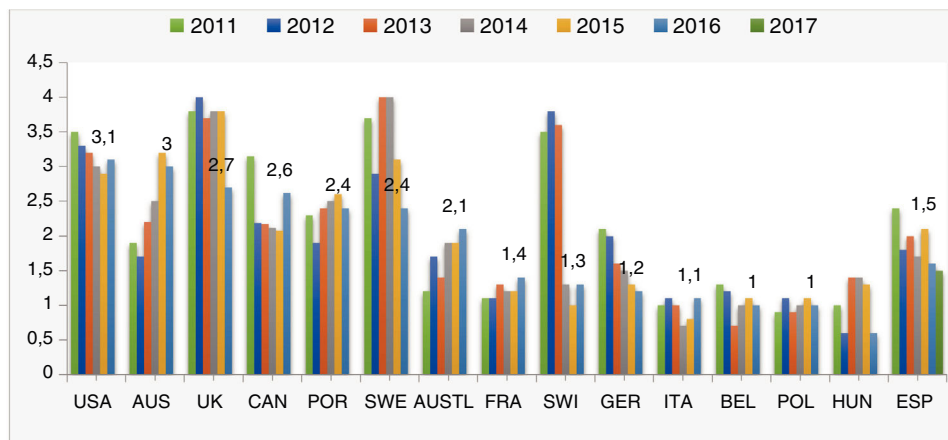
Por otra parte, no tenemos prácticamente experiencia en el uso de páncreas procedentes de donantes en asistolia, esto, que es una realidad en EE. UU. y Reino Unido, en nuestro caso apenas ha comenzado su andadura a pesar de que dichos donantes constituyen en la actualidad el 26% del total.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luismb@usal.es

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.04.001>

0211-6995/© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Trasplantes de páncreas PMP: España y otros países. 2011-2017

Figura 1 – Tasa de trasplante de páncreas en diferentes países PMP en los últimos años.

Por último, otra variable que puede tener impacto en la actividad del trasplante pancreático sería la existencia de unos criterios de donación muy estrictos.

Sobre esta situación se ha establecido un debate, tanto en el seno del Grupo Español de Trasplante de Páncreas (GETP) como, de forma conjunta, con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), lo que ha culminado en la elaboración de un documento de consenso sobre criterios del donante de páncreas y del receptor, cuya publicación, a través de la Organización Nacional de Trasplantes, tuvo lugar en el mes de junio del pasado año⁹.

A las razones previamente señaladas podríamos añadir como hipótesis, si una de las causas complementarias para realizar pocos trasplantes es la existencia de unas listas de espera con pocos pacientes lo que provoca secundariamente una mayor selección de donantes por parte de los diferentes grupos de trasplante, que buscan el mejor órgano para sus escasos receptores.

Resulta obvio que las listas de espera, más o menos nutridas, son consecuencia directa de las indicaciones que marcamos los profesionales. Es en este punto cuando creo que merece la pena hacer una reflexión sobre los datos de indicación de trasplante por comunidades autónomas (fig. 2).

En el año 2017, la comunidad autónoma de Extremadura alcanzó la tasa más alta de indicaciones con 3,7 PMP seguida de Cantabria y las 2 Castillas, por el contrario hubo comunidades que no indicaron ningún caso. Es cierto que si analizamos los últimos 4 años observamos una gran variabilidad, de forma que hay comunidades que pasan de una tasa de cero inclusiones a más de 3 PMP según el año analizado.

Pero no solo hay variabilidad en las indicaciones según el año analizado, sino entre las diferentes comunidades, así, tomando de nuevo los datos de la ONT de los últimos 4 años vemos que comunidades como Andalucía, las dos Castillas y Extremadura son las únicas que logran una media de indicaciones PMP superior a 2,5.

Otras comunidades como La Rioja, Madrid, País Vasco, Cantabria o Asturias no superan la media de 1,5 indicaciones PMP.

A la vista del análisis de estos datos podríamos deducir que, en dichas comunidades existen menos pacientes diabéticos tipo 1 en insuficiencia renal terminal con indicación para trasplante SPK.

Las causas para esta variabilidad son múltiples y heterogéneas, y en muchos casos difíciles de conocer, aunque podemos apuntar a las siguientes: diferencias en la incidencia de diabetes tipo 1 según las regiones; inexistencia de equipo de trasplante de páncreas en algunas comunidades; desconfianza en los resultados obtenidos por el grupo de referencia; dudas sobre los resultados actuales y sobre las ventajas que para el paciente tiene el trasplante combinado o incluso apatía ante la preparación y el seguimiento de un paciente que va a ser trasplantado fuera de nuestro hospital.

Hemos demostrado a lo largo de los años que nuestro sistema de trasplantes es excepcional, y tenemos la obligación de poner en marcha las medidas formativas, educativas y organizativas oportunas para corregir esta anómala situación, de manera que todos los pacientes que lo precisen reciban lo que hoy en día se considera la mejor alternativa terapéutica para su diabetes tipo 1 con enfermedad renal terminal.

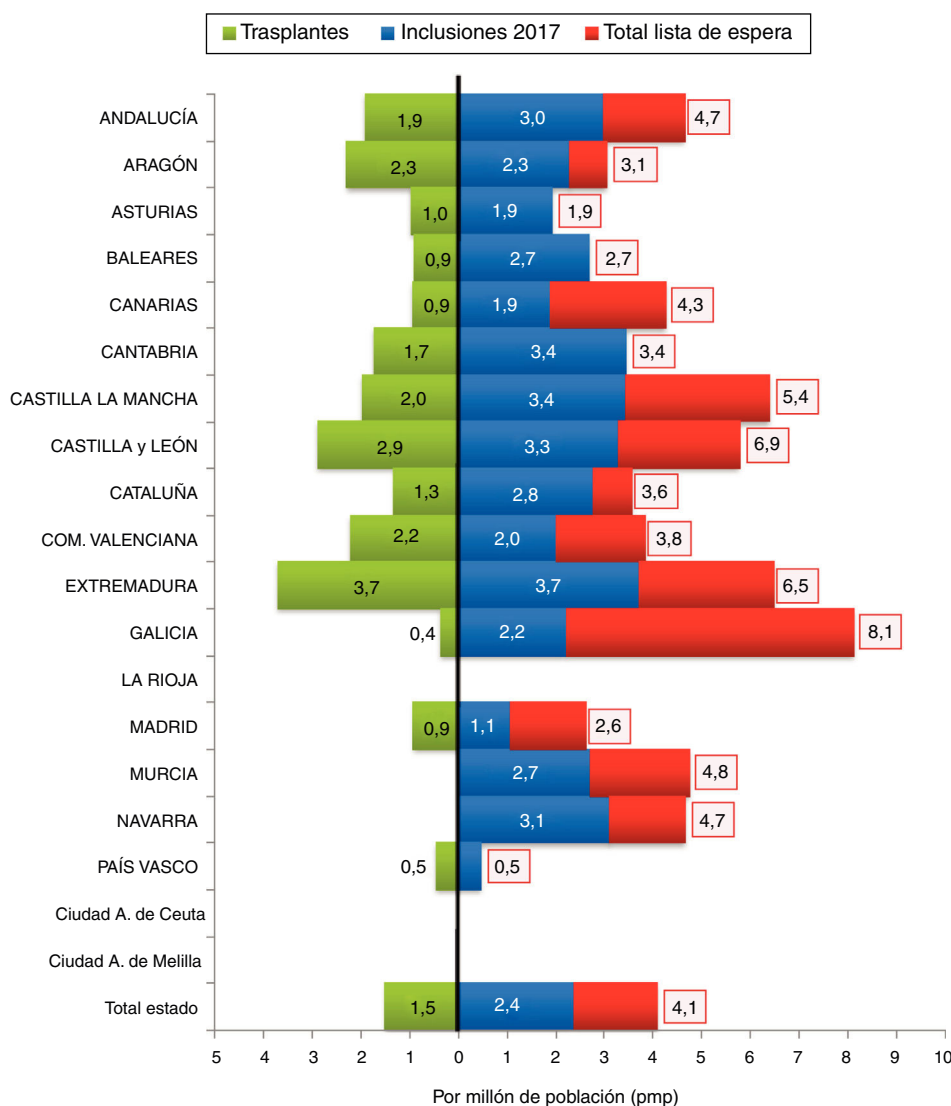


Figura 2 – Informe de la ONT referente al año 2017 sobre inclusiones en lista de espera para trasplante de páncreas y tasa de trasplante PMP en las diferentes comunidades autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández-Cruz L. Trasplante de páncreas. *Med Clin (Barc)*. 1983;80:723-8.
- Kandaswamy R, Stock PG, Gustafson SK, Skeans MA, Curry MA, Prentice MA < ET-AL>. OPTN/SRTR 2015 Annual Data Report: Pancreas. *Am J Transplant*. 2017;17 Suppl 1:S117-73.
- Kandaswamy R, Skeans MA, Gustafson SK, Carrico RJ, Tyler KH, Israni AK, et al. OPTN/SRTR 2013 Annual Data Report: Pancreas. *Am J Transplant*. 2015;15 Suppl 2:S1-20.
- Ojo AO, Meier-Kriesche HU, Hanson JA, Leichtman A, Magee JC, Cibrik D, et al. The impact of simultaneous pancreas-kidney transplantation on long-term patient survival. *Transplantation*. 2001;71:82-90.
- Sung RS, Zhang M, Schaubel DE, Shu X, Magee JC. A Reassessment of the Survival Advantage of Simultaneous Kidney-Pancreas Versus Kidney-Alone Transplantation. *Transplantation*. 2015;99:1900-6.
- Morath C, Zeier M, Süsal C, Döhler B, Opelz G. Response to A reassessment of the Survival Advantage of Simultaneous Kidney-Pancreas Versus Kidney-Alone Transplantation. *Transplantation*. 2015;99:e175.
- Lindahl JP, Hartmann A, Aakhus S, Endresen K, Midtvedt K, Holdaas H, et al. Long-term cardiovascular outcomes in type 1 diabetic patients after simultaneous pancreas and Kidney transplantation compared with living donor kidney transplantation. *Diabetologia*. 2016;59:844-52.
- Kandaswamy R, Stock PG, Gustafson SK, Skeans MA, Curry MA, Prentice MA, et al. OPTN/SRTR 2016 Annual Data Report: Pancreas. *Am J Transplant*. 2018;18 Suppl 1:S114-71.
- Documento de consenso sobre criterios de selección de donante y receptor en trasplante de páncreas. Actualización del documento de consenso sobre Trasplante de Páncreas e Islotes 2005. Grupo Español de Trasplante de Páncreas y Organización Nacional de Trasplantes. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/DocumentosdeConsenso.aspx> [consultado 1 Jun 2018].